

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE **445** No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Paul MEBS

Né le 6 Décembre 1914, à Strasbourg (Bas-Rhin)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de la Fondation Médicale du Mont Valérien

LA TEMPÉRATURE DANS L'APPENDICITE AIGÜE
ENVISAGÉE AU POINT DE VUE
DU PRONOSTIC ET DU DIAGNOSTIC

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Paul MEBS

Né le 6 Décembre 1914, à Strasbourg (Bas-Rhin)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de la Fondation Médicale du Mont Valérien

LA TEMPÉRATURE DANS L'APPENDICITE AIGÜE
ENVISAGÉE AU POINT DE VUE
DU PRONOSTIC ET DU DIAGNOSTIC

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasithologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Humble témoignage de mon
immense reconnaissance et de
mon profond amour filial.*

A MA FEMME

*Avec ma vive tendresse et
mes remerciements sincères pour
son affectueuse compréhension.*

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE

*Qu'ils trouvent ici l'expression
de mon affection.*

A MES BEAUX-PARENTS

*Que j'unis dans le même sen-
timent d'amour filial.*

A TOUS LES MIENS

A MADemoiselle MADELEINE WEINGART

Pour sa bonté et son affection.

A MON COMPAGNON D'ÉTUDES

LE DOCTEUR JACQUES HENRY

*En souvenir de la plus sincère
amitié.*

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GRÉGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage respectueux de
profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER COUVELAIRE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et m'a guidé de ses
précieux conseils pendant toutes
mes études.*

*Témoignage de ma sincère
reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CHIRAY

Professeur d'Hydrologie à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Bichat

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Témoignage de gratitude pour
son enseignement si précieux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GRÉGOIRE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMON

Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BASSET

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste de la Policlinique du Boulevard Ney

A MONSIEUR LE DOCTEUR AITOFF

Médecin de la Fondation Médicale du Mont-Valérien

*Dont j'ai apprécié l'affectueux
enseignement.*

A TOUS MES MAITRES
DE LA FONDATION MÉDICALE
DU MONT-VALÉRIEN

INTRODUCTION

Il n'est pas de nos jours d'affection abdominale aussi minutieusement étudiée que l'appendicite. Maladie excessivement fréquente, elle occupe en effet dans toute la littérature médicale française et étrangère une place de premier ordre, et malgré les nombreuses discussions qu'elle a déjà soulevées, les médecins et les chirurgiens — dont elle tient l'esprit en éveil par l'intérêt palpitant qu'elle leur offre — lui consacrent encore chaque jour des articles très originaux, tant sont curieuses les formes anormales sous lesquelles parfois elle se manifeste.

Nous n'avons ni la prétention, ni l'intention de retrancher ou d'ajouter quelque chose à la description de cette maladie si bien faite par des maîtres dont les noms et les travaux ont porté bien haut le renom de la clinique française.

Nous nous proposerons, dans ce travail, d'étudier l'état de la courbe thermique dans l'appendicite aiguë envisagée au point de vue de sa valeur diagnostique et pronostique.

M. le D^r R. COUVELAIRE, chirurgien des Hôpitaux, qui nous a inspiré ce travail, a eu l'amabilité de mettre à notre disposition 113 observations, toutes inédites, d'appendicites aiguës, qu'il a recueillies à titre de chirurgien de garde des Hôpitaux de Paris ; nous lui en exprimons notre très sincère reconnaissance.

Voici le plan que nous suivrons dans cette étude : Après un aperçu des symptômes de gravité des appendicites aiguës, nous envisagerons, dans un premier chapitre, la température au point de vue du pronostic et la valeur qu'il faut y attacher.

La deuxième partie sera consacrée aux problèmes diagnostiques que soulève la température dans les diverses formes d'appendicites.

En conclusion :

Convient-il de se rallier à l'opinion de CHEMISSE, de Lyon, pour lequel l'étude de la température au cours de l'évolution d'une appendicite aiguë doit occuper une place très importante et qui s'étonne de la négligence apportée à son étude en France ?

Ou faut-il suivre HOWLAND et d'autres auteurs qui croient la température un signe infidèle ?

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES SYMPTOMES DE GRAVITÉ DES APPENDICITES AIGUES

« La crise aiguë est d'avenir imprévisible, les lésions dépassent parfois de bien loin ce qu'un tableau clinique paisible laissait croire une forme bénigne et, inversement, des débuts à grand fracas peuvent être des flambées éphémères » (MONDOR).

Ces lignes expliquent clairement combien les signes de gravité peuvent être au début difficiles à apprécier.

Il semble logique d'admettre que la courbe thermique puisse fournir de précieuses indications sur la marche des accidents.

La discussion est dès lors double :

1^o d'une part, il faut envisager l'influence, sur la température, de la diffusion péritonéale ;

2^o d'autre part, le rôle de la réaction générale sévère que peut provoquer un appendice lésé, alors même que le péritoine n'est pas à l'origine des signes de gravité.

En résumé : « Ce qui fait la gravité ou la bénignité d'une appendicite aiguë c'est, d'une part, la virulence des agents microbiens et, d'autre part, la résistance générale et locale de l'organisme » (LEJARS).

1^o « C'est de l'état du péritoine voisin et non des « lésions propres de l'appendice, que les formes « cliniques tirent leur physionomie individuelle » (BROCA).

En effet, adhérences anciennes, reliquats de crises antérieures qui se sont terminées favorablement, adhérences récentes lorsque la virulence du processus appendiculaire est assez atténuée pour laisser au péritoine le temps d'organiser sa défense, protègent la grande séreuse, limitent et cloisonnent l'infection. C'est ainsi que l'on peut trouver des appendices décapités, amputés, gangrenés dans de vieux foyers refroidis ; aussi a-t-on pu dire que l'appendice est peu de chose et le péritoine presque tout.

Or, si des barrières d'adhérences périappendiculaires se constituent, la grande séreuse ne s'infecte pas, et d'une façon générale, la température reste modérée ; le pouls est accéléré, mais plein et régulier.

Des toxines, des produits infectieux viennent-ils à être résorbés soit au niveau de l'appendice, soit au niveau de la séreuse péritonéale, leur action nocive sur le système nerveux calorifique se traduit ordinairement par d'importantes modifications de la température ; et alors, suivant la dose et la nature du poison bactérien, la température décrit de grandes oscillations, subit de brusques élévations ou s'abaisse

dans ces formes hypertoxiques ou septicémiques pour faire place à une chute progressive de la température, pendant que le pouls s'accélère, perd sa régularité et cette discordance du pouls et de la température indique presque à coup sûr la tendance de la péritonite à se généraliser.

Ainsi, la température jointe au pouls nous donne la mesure clinique de la virulence microbienne. Par eux, nous savons que l'appendice contient des produits septiques qui se déversent dans le péritoine par effraction ou filtration transpéritonéale ; car la perforation de l'organe n'est pas nécessaire à cette contamination péritonéale, la migration des agents microbiens à travers les parois de l'appendice pouvant contaminer la séreuse au même titre que l'effraction : il n'y a pas d'emblée inondation de la grande séreuse, la péritonite gagne de proche en proche. Et c'est ainsi que s'expliquent certaines formes occlusives (iléus paralytiques).

La température traduit donc, dans une certaine mesure, le degré de diffusion péritonéale ; mais un autre élément garde néanmoins sa valeur : le pouls, son intensité, sa fréquence constituant, en quelque sorte le renseignement le plus fidèle de la marche des lésions.

2^o Mais si l'appendice est dangereux pour le péritoine, il l'est également pour l'économie toute entière. La rétention des agents microbiens en cavité close (DIEULAFOY) ou leur stagnation (RECLUS) dans un cul-de-sac déclive exalte leur virulence, leur com-

munique une force d'expansion à la faveur desquelles ils pénètrent avec leurs toxines dans le système veineux et le réseau lymphatique. Ils déterminent alors des réactions générales intenses où la température est inconstante et qui contrastent souvent avec la réaction locale. Des doutes sur la gravité des lésions peuvent à juste titre naître et entraîner une hésitation néfaste.

L'état local, ou plus exactement le péritoine, ne semble pas être à l'origine de ces signes de gravité, alors que la rupture d'un appendice gangrené et suppuré dans la cavité péritonéale est imminente. Tantôt la fièvre est à peine ébauchée, tantôt — dans ces formes hyperpyrétiques — elle atteint une intensité anormale, et pourtant, les symptômes locaux se réduisent au minimum : douleurs légères, défense inexistante, respiration abdominale conservée.

L'atténuation de la réaction locale et la gravité de l'état général dans lequel deux éléments dominant le tableau : la température et le pouls, peuvent être telles que le diagnostic de l'appendicite peut n'être même pas soupçonné. Et c'est alors le pouls — accéléré, faible et irrégulier — qui donne la mesure clinique de la virulence microbienne à point de départ appendiculaire. Sa discordance et son contraste avec la température témoignent de la progression rapide du processus inflammatoire.

II

LA TEMPÉRATURE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC

L'étude de la courbe thermique fournit-elle au point de vue du pronostic un élément d'appréciation solide ?

Nous avons jugé nécessaire de faire un classement des diverses variétés d'appendicites :

Les formes s'accompagnant d'une réaction fébrile comprise entre 38° et 40° , nous les considérerons comme des formes pyrétiques habituelles.

Celles dans lesquelles la fièvre est inexistante ou à peine ébauchée, seront les formes apyrétiques ou peu pyrétiques.

La troisième catégorie d'appendicites comprendra enfin celles qui s'accompagnent d'une température atteignant ou dépassant 40° : ce sont les formes hyperthermiques ou hyperpyrétiques.

Cette classification confirme, on le verra, la clinique et se justifie donc pleinement.

Les formes apyrétiques sont-elles des formes bénignes et est-il possible, à leur sujet, d'envisager le refroidissement des lésions et de ne pas recourir d'emblée à l'exérèse de l'appendice ?

Au contraire, les formes hyperpyrétiques sont-elles des formes graves ? Peut-on, en se basant sur l'élévation impressionnante de la courbe thermique, envisager malgré le traitement chirurgical un pronostic sévère et faut-il adjoindre à ce traitement un traitement biologique (vaccination par voie générale ou par voie péritonéale, sérothérapie antigangréneuse ou anticolibacillaire).

Tel est le problème que nous envisagerons dans ce chapitre en nous basant sur les 113 observations qui nous ont été confiées.

III

Nous étudierons, en premier lieu, 72 cas d'

APPENDICITES PYRÉTIQUES HABITUELLES OU CONSIDÉRÉES COMME TELLES

1^o Hôpital BRETONNEAU. — René Le..., 13 ans.

Température : 38° ; Pouls : 90.

Symptômes : Douleurs dans la fosse iliaque droite ; signes fonctionnels discrets.

A l'intervention : Appendice très long, plein de matières, légèrement enflammé.

Suites opératoires : Guérison.

2^o Hôpital BEAUJON. — Marie-Jeanne De..., 15 ans.

Température : 38° ; Pouls : 90.

24^e heure : Douleurs, vomissements. Défense pariétale, franche sans contracture.

Appendice turgescant, rempli de pus ; sans pus dans le péritoine.

Guérison.

3^o Hôpital BEAUJON. — Ginette Le..., 15 ans.

Température : 38° ; Pouls : 80.

24^e heure : Nausées, douleurs et défense susiliaque postérieure. Appendice postérieur ou externe.

Appendice turgescent à sa pointe, en état de folliculite. Guérison.

4^o Hôpital BOUCICAUT. — Colette Z. O..., 17 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : bon.

48^e heure : Signes digestifs progressifs, algie iliaque droite, défense légère.

Appendice très long, coudé près de sa pointe rétroccæcale. Guérison.

5^o Hôpital LARIBOISIÈRE. — René Es..., 20 ans.

Température : 38°5 ; Pouls : 110.

12^e heure : Peu de signes, simple douleur de la fosse suspubienne.

Gros appendice turgescent, inflammation très aiguë. Guérison.

6^o Hôpital PETITS-MÉNAGES. — Auguste Re..., 31 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 100.

Crise douloureuse de la région abdominale droite avec diarrhée, vomissements, défense nette. Toucher rectal douloureux du côté droit.

Appendice microscopiquement sain. On cherche un diverticule ; surprise : pus louche, fétide, alors qu'il était, à l'extérieur, pâle !

Guérison.

7^o Hôpital NECKER. — Robert Pe...

Température : 38° ; Pouls : 104.

Syndrome abdominal aigu datant de 7 heures ; douleur nette dans la fosse iliaque droite.

Appendice peu lésé. Pus franc sur le mésentère.

Guérison.

8^o Hôpital SAINT-ANTOINE. — Préviette Mo...,
17 ans.

Température : 38^o4 ; Pouls : 96.

Quelques signes fonctionnels. Contracture nette, assez diffuse.

Appendice rétro-cœcal long, à la pointe rouge.

Guérison.

9^o Hôpital LARIBOSIÈRE. — Louise La..., 33 ans.

Température : 38^o5 ; Pouls : 85.

Signes pariétaux assez diffus.

Appendice enflammé, latéro-cœcal interne, épiploon adhérent réséqué.

Guérison simple.

10^o Hôpital de la PITIÉ. — Philéas Le..., 23 ans.

Température : 38^o ; Pouls : 80.

Syndrome douloureux iliaque droit, bon état, légère défense.

Énorme appendice turgescent, plein de pus, latéro-cœcal externe, déjà accolé au cœcum.

Guérison.

11^o Hôpital BEAUJON-CLICHY. — Eugène An...,
16 ans.

Température : 38^o ; Pouls : 90.

Syndrome douloureux iliaque droit, petite défense iliaque droite.

Grosses lésions appendiculaires plus que cliniques, appendice turgescent, pus péritonéal.

Guérison.

12^o Hôpital BEAUJON-CLICHY. — Jean La..., 17 ans.

Température : 38^o8 ; Pouls : 100.

Troisième crise.

Pointe turgescente, appendice en massue, écoulement de sérosité louche et fétide.

Guérison.

13^o Hôpital NECKER. — Ch...

Température : 38°5 ; Pouls : 105.

Algies iliaques droites ayant débuté la veille. Bon aspect.

Appendice turgescent, couronné d'épiploon.

Guérison simple.

14^o Hôpital BOUCICAUT. — M^{me} B..., 19 ans.

Température : 38°8 ; Pouls : 80.

Douleurs iliaques droites, bon facies, l'abdomen respire bien, petite défense à droite, point douloureux, *rein droit perçu, urines troubles*.

Probablement diagnostic : appendicite.

Folliculite typique.

Température oscillante sans explication.

Guérison.

15^o Hôpital BOUCICAUT. — Hélène D..., 18 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 112.

Syndrome douloureux iliaque droit, vomissements, petite défense.

Enorme appendice, pointe pleine de pus.

Guérison.

16^o Hôpital SAINT-LOUIS. — Van Be..., 18 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 85.

Aligie iliaque droite, défense nette très basse. Toucher rectal : toucher du Douglas atrocement douloureux.

Appendice rétrocaecal et gangréné.

Guérison.

17^o Hôpital TENON. — Adolphe Cr... 35 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 100.

24^e heure : crise typique

Appendice rétrocœcal, pus dans le ventre, pointe gangrénée.

Guérison.

18^o Hôpital TENON. — De..., 26 ans.

Température : 38°6 ; Pouls : 86.

Douleurs, vomissements, défense nette. Toucher rectal : Douglas douloureux.

Liquide louche dans le péritoine ; appendice long, rétro-cœcal.

Occlusion post-opératoire. Décédé.

19^o Hôpital BEAUJON-CLICHY. — Désiré Du..., 37 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 88.

Crise typique.

Pus dans le ventre, épiploïte, appendice plongeant dans le pelvis, en état inflammatoire manifeste.

Guérison.

20^o Hôpital SAINT-ANTOINE. — Mr. Ga..., 24 ans

Température : 38°2 ; Pouls : 75.

36^e heure : signes nets.

Gros appendice, entièrement gangréné.

Guérison.

21^o Hôpital SAINT-LOUIS. — Charles St...

Température : 38°6 ; Pouls : 100.

Syndrome iliaque droit, avec vomissements, défense. Appendice énorme, rétrocœcal, très adhérent, en état inflammatoire.

Guérison.

22^o Hôpital BOUCICAUT. — Emile Le Fa..., 25 ans.

Température : 38° ; Pouls : 90.

Depuis le matin, vomissements et douleurs, l'abdomen respire et est indolent.

Appendice turgescent et entièrement rétrocœcal.

Guérison.

23^e Hôpital SAINT-ANTOINE. — M^{lle} Pu..., 18 ans.

Température : 38° ; Pouls : 100.

Crise typique.

Appendice hypervascularisé.

Guérison.

24^e Hôpital SAINT-LOUIS. — Henri Ro..., 16 ans.

Température : 38°5 ; Pouls : 110.

Pas de défense, petites douleurs.

Appendice lésé, le méso saigne.

Guérison.

25^e Hôpital SAINT-LOUIS. — Berthe Bo..., 50 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 80.

8^e heure : vomissements, pas de défense, douleur nette.

Gros appendice turgescent, couvert de fausses membranes.

Guérison.

26^e Hôpital M.-DUBOIS. — Ed..., Pe..., 62 ans.

Température : 38°8 ; Pouls : 100.

Douleurs, vomissements depuis 3 jours.

Appendice très gros, turgescent, en état inflammatoire aigu sans gangrène.

Guérison.

27^e Hôpital d'YVRY. — Jean Me..., 26 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 76.

Signes évidents.

Appendice turgescent, en état inflammatoire aigu.

Guérison.

28° Hôpital BICHAT. — Simone Ge..., 26 ans.

Température : 38°5 ; Pouls : 120.

Bon aspect. *Rein perçu et douloureux du côté droit. Appendicite ?* On intervient à cause du pouls.

Pointe enflammée contenant un calcul sterroral.

Guérison.

29° Hôpital des PETITS-MÉNAGES. — Le Bo...

Température : 38° ; Pouls : 80.

Bon aspect. Début à minuit, douleurs, vomissements.

Appendice immense : 12 cm., érectile, plein de pus.

Guérison.

30° Hôpital de LA PITIÉ. — Antoine Bu..., 22 ans.

Température : 38°1 ; Pouls : 85.

Algies iliaques depuis 24 heures, point douloureux, iliaque, défense légère.

Appendice irrégulier, moniliforme.

Guérison.

31° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Denise Zo..., 19 ans.

Température : 38°9 ; Pouls : 120.

Depuis 48 heures ; bon aspect.

Cæcum complètement fixé, appendice interne et pelvien sphalécé et perforé.

Guérison.

32° Hôpital BEAUJON. — Marcel Ma..., 48 ans.

Température : 38° ; Pouls : 100.

Signes fonctionnels nets et défense très accusée.

Pus libre, gros abcès latéro-cæcal externe et pelvien dont la coque est perforée.

Guérison.

33° Maison DUBOIS. — Lucien Ma..., 25 ans.

Température : 38°8 ; Pouls : 110.

Douleurs et défenses nettes (urines troubles).

Appendice très malade, folliculite aiguë rétrocœcale.

Guérison.

34° Hôpital SAINT-LOUIS. — Jean Le... 27 ans.

Température : 38°5 ; Pouls : 110.

Signes frustres.

Appendice gangréné, rétrocœcal, gros cœcum dilaté.

Guérison.

35° Hôpital PETITS-MÉNAGES. — Léontine Ro...,
25 ans.

Température : 38°5 ; Pouls : 110.

Défense imposante et hyperesthésie entamée.

Appendice érectile ; folliculite aiguë.

Guérison.

36° Hôpital TENON. — M^{me} Bu..., 27 ans.

Température : 38°1 ; Pouls : 100.

Douleurs vives, légère défense.

Appendice très turgescent à sa pointe, normal à sa base.

Guérison.

37° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Lucie El..., 52 ans.

Température : 38°1 ; Pouls : 120.

Point douloureux infime, mais *pouls* rapide : donc, intervention.

Pointe légèrement hypervasculaire.

Guérison.

38° Hôpital de LA PITIÉ. — Louis Pe..., 15 ans.

Température : 38°1 ; Pouls : 90.

Syndrome douloureux ; défense et douleur nettes.

Appendice sphacélé.

Guérison.

39^e Hôpital SAINT-LOUIS. — Robert Bo..., 18 ans.

Température : 38°1 ; Pouls : 90.

Signes d'appendicite aiguë.

Appendice latéro-cœcal interne en état de folliculite aiguë.

Guérison.

40^e Hôpital BICHAT. — Michel Pr..., 22 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 90.

Syndromes d'appendicite aiguë.

Appendice sphacélé rétro-cœcal, avec pus dans la grande cavité.

Guérison.

41^e Hôpital SAINT-LOUIS. — M^{me} D..., 67 ans.

Température : 38°8 ; Pouls : 100.

Crise typique. Bon aspect.

Appendice gros, turgescant à la pointe, latéro-cœcal externe, rupture de l'appendice.

Guérison.

42^e Hôpital LARIBOISIÈRE. — Marcel Fl..., 15 ans.

Température : 38°3 ; Pouls : 100.

Douleurs, vomissements. Défense et douleurs nettes.

Un peu de liquide, succulent, appendice [rétro-cœcal en état inflammatoire manifeste.

Guérison.

43^e Hôpital SAINT-LOUIS. — Gilbert Eo..., 11 ans.

Température : 38° ; Pouls : 80.

Défense pariétale et douleur nette.

Appendicite aiguë : appendice érectile, en état de folliculite aiguë.

Guérison.

44° Hôpital BEAUJON. — Paulette Du..., 19 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 120.

Crise douloureuse, bon aspect, pas de défense, point douloureux précis.

Folliculite aiguë, appendice rétrocœcal, méso très long.
Guérison.

45° Hôpital SAINT-LOUIS. — Roger Mi..., 27 ans.

Température : 38° ; Pouls : 80.

Crise douloureuse, défense musculaire médiane.

Appendice pelvien, géant, érectile, plein de pus.

Guérison.

46° Hôpital BEAUJON. — Henri He..., 45 ans.

Température : 38°2 ; Pouls : 110.

Depuis 48 heures, douleur iliaque droite, défense.

Liquide trouble dans le péritoine, appendice rempli de pus, base sphacélée s'étendant jusqu'à la face antérieure du cœcum. Suture impossible.

Guérison.

47° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Elise Ma..., 22 ans.

Température : 38° ; Pouls : 100.

Syndrome douloureux, vomissements, défense iliaque.

Appendice rétrocœcal érectile, rigide, dont la pointe est hypervascularisée.

Guérison.

48° Hôpital BICÊTRE. — Albert Le..., 59 ans.

Température : 38°9 ; Pouls : 110 bien frappé.

48^e heure : douleur diffuse (Ulcus perforé ? Appendicite ?)

Pus franc en quantité considérable, appendice pelvien gangréné, perforé.

Guérison.

Appendicites à 39°.

49° Hôpital LARIBOISIÈRE. — La..., 35 ans.

Température : 39°5 ; Pouls : 96.

Syndrome douloureux abdominal remontant à 4 jours. Pas de vomissements, constipation. L'abdomen respire, peu de signes pariétaux, légère défense para-ombilicale.

Appendicite ? Il y a des doutes, car on suppose abcès ou péritonite.

Etant donné l'âge et le bon état, on décide l'opération.

Appendice rétrocœcal interne, turgescant, pas de pus.

Guérison.

50° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Renny Lu..., 45 ans.

Température : 39° ; Pouls : 100.

Douleur et défense très localisées après 48 heures.

Appendice très adhérent.

Décédé.

51° Hôpital NECKER. — Louis La..., 41 ans.

Température : 39°8 ; Pouls : très rapide.

Syndrome de péritonite aiguë, diffuse, datant de 24 heures.

Le ventre respire à peine, défense diffuse, contracture de tout le grand droit. Toucher rectal : Douglas douloureux. Diagnostic : appendicite avec péritonite. Appendice ignoble, entièrement sphacélique.

Guérison.

52° Hôpital SAINT-ANTOINE. — Ta..., 26 ans.

Température : 39°8 ; Pouls : 100.

Syndrome douloureux abdominal, bon état général, défense à droite. Vive douleur au toucher vaginal. Diagnostic ; appendicite ou annexite.

Sérosité, énorme appendice gangréné avec plusieurs plaques de gangrène.

Guérison.

53° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Nathalie Ma..., 19 ans.
Température : 39° ; Pouls : 120.

Crise douloureuse abdominale droite, bon aspect. On ne constate que de la défense musculaire.

Diagnostic : ?... on vérifie sur pouls et âge. Appendice rétrocaecal érectile.

Guérison.

54° Hôpital de LA PITIÉ. — Léon Jo..., 53 ans.
Température : 39°8 ; Pouls : 110.

Crise douloureuse typique. L'abdomen respire, défense à droite ; plastron.

Grosse poche purulente fétide.

Décédé.

55° Hôpital SAINT-LOUIS. — Léon La...
Température : 39° ; Pouls : 84.

Syndrome douloureux iliaque droit, bon aspect, défense dans fosse iliaque droite, épigastre et hypocondre gauche.

Diagnostic : appendicite ?

Pus libre abondant, appendice turgescent, couvert de fausses membranes.

Guérison simple.

56° Hôpital BICHAT. — René Co..., 60 ans.
Température : 39°3 ; Pouls : 120.
Algie provoquée iliaque droite.

Appendice rétro-cœcal en état inflammatoire aigu, sans pus dans le ventre.

Guérison.

57^e Hôpital LARIBOISIÈRE. — René Th..., 23 ans.

Température : 39° ; Pouls : 95.

Début brusque, sans prodrome, pas de vomissements. Rien au toucher rectal.

Appendice gris, turgescent, sans liquide dans le ventre, latéro-cœcal externe.

Guérison simple.

58^e Hôpital LARIBOISIÈRE. — Mr. Bo..., 66 ans.

Température : 39° ; Pouls : 110.

Crise douloureuse iliaque droite, avec ascite libre, défense nette.

Gros appendice turgescent et adhérent, épiploïte.

Guérison.

59^e Hôpital de LA PITIÉ. — En..., 31 ans.

Température : 39°1 ; Pouls très rapide : 120.

Soigné depuis 6 mois pour tuberculose pulmonaire.

Douleurs depuis le matin, contractures de la fosse iliaque droite.

Appendice derrière le cœcum, profond, pus dans le ventre.

Réintervention par M. Kuss, 48 heures après, pour contracture généralisée à l'étage sous-ombilical.

Décédé.

60^e Hôpital SAINT-LOUIS. — Maurice Ge..., 50 ans.

Température : 39° ; Pouls : 100.

Depuis 8 jours, nausées, signes pariétaux frustres, défense.

Appendice géant, pas de méso.

Guérison.

61° Hôpital BOUCICAUT. — Hélène Ha..., 50 ans.

Température : 39°4 ; Pouls : 110.

Douleurs, vomissements, défense nette dans le flanc. On hésite pour le diagnostic : appendicite ou cholécystite ?

Pus libre, énorme appendice turgescant, gangréné à la pointe.

Guérison.

62° Hôpital d'IVRY. — André Ge..., 46 ans.

Température : 39°9 ; Pouls : 117.

Bon aspect, petite défense.

Appendice gangréné à la pointe, impossible d'extérioriser le cœcum.

Guérison.

63° Hôpital NECKER. — Edmond Du..., 20 ans.

Température : 40°4 ; Pouls : 96.

Douleurs légères depuis 24 heures, bon aspect, pas de défense, mais point douloureux iliaque droit.

Pas de pus, appendice latéro-cœcal interne, cœcum gris état de folliculite aiguë sans sphacèle.

Guérison.

64° Hôpital NECKER. — M^{me} Se..., 18 ans.

Température : 39°8 ; Pouls : 110.

Début il y a 24 heures, bon aspect, défense diffuse, contractures et douleurs.

Pus libre, purulent, crémeux, perforation de la partie moyenne de l'appendice.

Guérison.

65° Hôpital de La PITIÉ. — Yvonne Le..., 36 ans.

Température : 39° ; Pouls : 120.

Contracture et douleurs ;

Gangrène appendiculaire putride, avec pus dans le péritoine.

Guérison.

66° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Pierre We..., 25 ans.
Température : 39°9 ; Pouls : 120.

Douleurs depuis le matin, défense diffuse. On trouve l'appendice plein de pus. Le lendemain, température : 40°.

Crachats rouillés, pneumonie du sommet avec râles sous-crépitants.

Décédé 10 jours après.

67° Hôpital BICÊTRE. — M^{me} De..., 45 ans.

Température : 39°2 ; Pouls : 120.

Douleurs, vomissements, malaises.

Appendice gros, tendu.

Guérison.

68° Hôpital de LA PITIÉ. — Henri Ba..., 20 ans.

Température : 39°1 ; Pouls : 120.

Douleurs du flanc droit, vomissements, contractures.

Appendice ignoble, gangrené, perforé, rétro-cæcal externe.

Guérison.

69° Hôpital de LA PITIÉ. — Ernest Ge..., 11 ans.

Température : 39° ; Pouls : 140.

8^e jour : défense diffuse. Douglas douloureux.

Pus libre, malodorant en grande quantité. Appendice sphacélé et perforé.

Guérison.

70° Hôpital TENON. — Juliette Br..., 24 ans.

Température : 39°6 ; Pouls : 120.

Douleur épigastrique, vomissements. Douglas tendu et douloureux.

Adhérence péritonéo-épiploïque, pus trouble ; appendice couvert de petites granulations. Prélèvement : pas de lésion tuberculeuse.

Guérison.

71° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Jeanne Th..., 11 ans.
Température : 39°3 ; Pouls : 130.

Masse facilement perceptible d'un abcès couvert. Contractions diffuses.

Appendice sphacélé, perforé, au centre d'un abcès (un calcul stercoral dans le péritoine).

Guérison.

72° Hôpital de La PITIÉ. — Bernard Ma..., 16 ans.
Température : 39° ; Pouls : 120.

Impression de lésions très sévères.

Appendice géant, pelvien, entièrement gangrené.

Guérison.

Bien que ces appendicites soient fort connues, puisque les plus fréquentes (65 %), et que leur symptomatologie ait été étudiée de la façon la plus approfondie, il est possible de faire à leur sujet quelques remarques.

Tout d'abord — et peut-être en contradiction avec certains principes généralement admis — la fréquence des crises s'accompagnant d'une élévation thermique à 38° est de beaucoup supérieure à celles dont la température est égale ou supérieure à 39° ; en effet, il résulte de nos observations que les premières sont deux fois plus nombreuses que les secondes.

Par ailleurs, les suites opératoires contribuent également à différencier les deux cas : un seul décès dans les crises à 38°, alors qu'on relève parmi les appendicites à 39° quatre sur vingt, soit une moyenne élevée de 20 %.

Quel est donc le facteur qui, dans ces formes, joue un rôle prépondérant : celui de l'âge.

On constate en effet, que dans les premières formes, il s'agit de malades de 15 à 25 ans, tandis que dans les secondes, le nombre des malades ayant dépassé la quarantaine est nettement prépondérant.

La récente thèse de BONIER, exposant le point de vue de M. le Pr Raymond GRÉGOIRE, vient à l'appui de cette affirmation et démontre très clairement la gravité des appendicites chez les sujets de plus de quarante ans. « Après la quarantaine, l'appendicite aiguë est indiscutablement plus rare qu'avant cet âge, même si l'on fait abstraction des appendicites de l'enfance. » Ce fait corrobore nos observations, comme nous l'avons vu plus haut.

L'appendicite est le plus souvent observée sous la forme de péritonite généralisée purulente ou putride, ce qui explique sa gravité. Par contre, des crises appendiculaires simples peuvent également se voir : exemple, le 56 (soixante ans, température : 39,3, pouls : 120, appendice en état d'inflammation aiguë) ; le 58 (soixante-six ans, température : 39°, pouls : 110, appendice turgescent et adhérent). Mais la crise a une violence plus constante, ce que montrent bien les symptômes cliniques.

Enfin BONIER constate une mortalité cinq fois plus forte après 40 ans que dans l'ensemble.

De ce qui précède peut-on déduire que la température constitue un élément de pronostic ?

Devant une crise aiguë d'appendicite accompagnée d'une élévation thermique à 38°, une évolution favorable peut-elle être envisagée sous réserve d'une intervention opportune et une température à 39° autorise-t-elle des réserves quant à l'évolution ?

D'après nos observations, il semble que la température constitue un élément de pronostic ; mais, en réalité, elle n'en constitue qu'un seul parmi un grand nombre d'autres.

Il y a d'abord le pouls qui est un indice très important et très fidèle ; est-il bien frappé ou, au contraire, sa faible intensité et son irrégularité sont-elles manifestes ?

Nous venons de voir le facteur « âge » qui constitue, avec le pouls, les éléments primordiaux.

Néanmoins, le terrain et l'état antérieur du malade doivent également entrer en ligne de compte. N'y a-t-il pas de lésions associées : insuffisance hépathique — si fréquente après la quarantaine — pleurésie, cardiopathie. Quelle est la valeur rénale ?

Enfin, la réaction locale plus ou moins intense doit, de même, intervenir dans le pronostic.

A côté de ces éléments cliniques, les éléments opératoires jouent aussi un rôle important dans l'évolution de la maladie.

La diffusion péritonéale plus ou moins étendue est d'un pronostic grave.

Le germe en cause, que l'on aura identifié par un prélèvement bactériologique, entre pour une grosse part dans la marche de l'affection : s'agit-il de colibacilles ou d'anaérobies ?

En dernier lieu, une exploration toujours très largement pratiquée recherchera l'état de l'intestin, surtout si l'affection péritonéale aiguë est généralisée et l'on sait la gravité des iléus paralytiques.

Tels sont les éléments qui doivent entrer en ligne de compte dans le pronostic de ces formes à côté de la température.

IV

FORMES APYRÉTIQUES OU PEU PYRÉTIQUES

Intéressantes à étudier sont ces formes à température normale ou à peine élevée.

Voici les 35 cas d'appendicites aiguës s'accompagnant d'une température comprise entre 37° et 38°.

1° Hôpital BROUSSAIS. — Le..., 20 ans.

Température : 37°3 ; Pouls : 80.

Appendicite aiguë à la 48^e heure. Signes frustres.

Appendice rempli de pus, turgescant, adhérent.

Guérison.

2° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Renée Sa..., 25 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 110.

Crise dont le début remonte à 10 heures.

Pas de vomissements, défense douloureuse dans la fosse iliaque droite. Point douloureux localisé. Pus louche dans le péritoine, appendice peu lésé, turgescant.

Guérison.

3° Hôpital TROUSSEAU. — Pierre Ce..., 11 ans.

Température : 37° ; Pouls : 102.

Crise douloureuse abdominale droite, datant de la nuit. Point douloureux net, pas de contracture. Toucher rectal douloureux. Grosses lésions anatomiques.

Appendice turgescant, rempli de pus fétide, noir, fausses membranes.

Guérison.

4^o Hôpital PETITS-MÉNAGES. — Ri..., 52 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 120.

Crise douloureuse abdominale datant de 3 jours. Défense nette, pas de plastron.

Plastron adhérent qu'on libère, appendice au centre, recroquevillé.

Gros infarctus pulmonaire, mais Guérison.

5^o Hôpital TENON. — Bu..., 21 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 100.

Crise douloureuse, à la 24^e heure : vomissements ; bon aspect, signes pariétaux nets, défense et douleur dans la fosse iliaque droite.

Appendice effroyablement long, haut et profond, très difficile à enlever, pointe noirâtre sur le méso, appendice en nécrose (reposition cœcale correcte, car volvulus).

Guérison.

6^o Hôpital BOUCICAUT. — Pi..., 50 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 60.

Crise douloureuse dans le flanc droit, avant nausées, testicules rétractés à l'anneau, défense iliaque droite.

Appendice rétro-cœcal très adhérent, difficile, méso de la pointe noirâtre, pus fétide.

Complication pulmonaire.

Guérison.

7^o Hôpital LARIBOISIÈRE. — Augustine Ga...

Température : 37°5 ; Pouls : 70.

Syndrome abdominal aigu datant de 16 heures. Teint pâle et légère cyanose. Pancréas ? Intestins ? Appendice hypervascularisé, en état de folliculite.

Guérison.

8^o Hôpital LARIBOISIÈRE. — Henri Se..., 16 ans.

Température : 37°2 ; Pouls : 65.

Crise douloureuse iliaque, vomissements, aspect satisfaisant, défense très diffuse.

Un peu de pus, appendice érectile, turgescant, 12 cm.

Guérison.

9^o Hôpital BOUCICAUT. — Sou..., 26 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 96.

Algies droites, bon aspect, défense nette dans fosse iliaque droite.

Appendice énorme, latéro-cœcal externe, collant en arrière et au cœcum. Sphacèle cœcale.

Guérison.

10^o Hôpital d'IVRY. — Ge..., 18 ans.

Température : 37° ; Pouls : 110.

Crise douloureuse datant de 7 heures.

Appendice turgescant, rétro-cœcal.

Guérison.

11^o Hôpital BROUSSAIS. — Roger Ra..., 32 ans.

Température : 37°7 ; Pouls : 120.

60^e heure, algie diffuse, prédominance iliaque droite para-ombilicale, à type syncopal, contracture franche.

Enorme appendice rétro-cœcal, gangrené à la pointe.

Réopéré quelques jours après pour occlusion.

Décédé.

12^o Hôpital BOUCICAUT. — St. Ro..., 19 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 80.

Algie iliaque droite depuis 3 jours, flanc douloureux à la palpation. On met de la glace (col mou).

Opéré 48 heures plus tard pour appendicite.

Guérison.

13^o Hôpital LARIBOISIÈRE. — Lucien Im..., 24 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 90.

Syndrome douloureux abdominal, datant de longtemps, défense sans contracture, point douloureux net, bas situé.

Gros appendice turgescant, bas situé, un peu de liquide trouble.

Guérison.

14^o Hôpital BICHAT. — Raymonde De..., 26 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 160.

Crise iliaque droite depuis deux mois, bon facies, défense.

Appendice gros, infundibuliforme, hypervascularisé.

Guérison.

15^o Hôpital TROUSSEAU. — Maximilien..., 13 ans.

Température : 37°7 ; Pouls : 116.

Appendicite avec réaction péritonéale.

Appendice pelvien énorme, turgescant, rempli de pus, se rompt.

Guérison.

16^o Hôpital LARIBOISIÈRE. — Etienne Gr..., 27 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 88.

Syndrome douloureux depuis 5 jours, on sent l'appendice.

C'était bien l'appendice qu'on sentait, recouvert d'épiploon, adhérent, gangrené, noirâtre.

Guérison.

17^o Hôpital NECKER. — Robert Ge..., 37 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 90.

Douleurs et vomissements, bon état général, douleur sus-iliaque postérieure.

Gros appendice rétro-cœcal.

Guérison.

18^o Hôpital de LA PITIÉ. — Marthe Sa..., 15 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 98.

Douleurs, vomissements depuis 2 jours, pas de défense.

Grosse appendicite de la pointe.

Guérison.

19^o Hôpital SAINT-ANTOINE. — Claudine Ga..., 29 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 108.

Appendicite aiguë.

Guérison.

20^o Hôpital BOUCICAUT. — Jean Qui..., 39 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 110.

Le 4^e jour : douleurs et vomissements.

L'épiploon est devant l'appendice, dont la pointe est gangrenée.

Guérison.

21^o Hôpital BOUCICAUT. — Maurice Jo..., 49 ans.

Température : 37°9 ; Pouls : 80.

Depuis 24 heures, douleurs dans la fosse iliaque droite, point douloureux précis.

Gros appendice turgescant, rétro-cœcal, la pointe renflée, remplie de pus, en pleine folliculite aiguë.

Guérison.

22^o Hôpital de LA PITIÉ. — Robert Be..., 30 ans.

Température : 37°2 ; Pouls : 90.

Douleurs sans vomissements.

Appendice en état inflammatoire aigu avec folliculite, abcès.

Guérison.

23^e Hôpital SAINT-LOUIS. — Augustine Pe..., 28 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 110.

Bon aspect, défense nette.

Folliculite aiguë, avec pus peu abondant.

Guérison.

24^e Hôpital NECKER. — Ga..., 19 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 118.

Crise douloureuse, bon aspect.

Folliculite aiguë dans la logette rétro-cœcale.

Guérison.

25^e Hôpital LARIBOISIÈRE. — Henriette Ho..., 23 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 100.

Depuis quelques heures, douleur nette au point de Mac Burney, défense.

Un peu de liquide citrin, appendice normal.

Guérison.

26^e Hôpital BICÊTRE. — André Fr..., 25 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 88.

Contracture et douleur de la fosse iliaque droite.

Gros appendice en crochet, folliculite aiguë, latéro-coecal externe.

Guérison.

27^e Hôpital SAINT-ANTOINE. — Fernand Ve..., 18 ans.

Température : 37°2 ; Pouls : 96.

Mebs

Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

Appendice pelvien perforé, adhérent au mésentère, grosses lésions (contraste des signes généraux et des lésions anatomo-pathologiques).

Guérison.

28° Hôpital LARIBOISIÈRE. — Lucien De..., 30 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 70.

Peu de signes, mais perception d'une petite noix.

Appendice érectile, inflammation manifeste, un peu de pus.

Guérison.

29° Hôpital SAINT-LOUIS. — So..., 15 ans.

Température : 37°4 ; Pouls : 90.

Douleur précise.

Appendice gonflé, érectile, pus trouble dans le ventre.

Guérison.

30° Hôpital SAINT-LOUIS. — René Si..., 16 ans.

Température : 37° ; Pouls : 90 à 130.

Douleur vive et défense nette.

Appendice turgescent, rouge, gros, rétro-cœcal. Abscess du Douglas après opération.

Guérison.

31° Hôpital BICÊTRE. — Paul Fr..., 69 ans.

Température : 37°5 ; Pouls : 70.

Crise franche.

Pus horrible, appendice rétro-cœcal. Pointe turgescente.

Guérison.

32° Hôpital de LA PITIÉ. — Marcel Ru..., 40 ans.

Température : 37°8 ; Pouls : 78.

Crise douloureuse à la 48^e heure, défense légère.

Folliculite aiguë, rétro-cœcale, difficile.
Guérison.

33° Hôpital SAINT-LOUIS. — Roger Ra..., 16 ans.
Température : 37°8 ; Pouls : 80.
Bon aspect, défense nette.
Appendice en état de folliculite aiguë, érectile.
Guérison.

34° Hôpital SAINT-LOUIS. — Roland De..., 10 ans.
Température : 37°8 ; Pouls : 80.
Bon aspect, défense nette.
Liquide un peu trouble ; appendice macroscopiquement indemne.
Guérison.

35° Hôpital SAINT-LOUIS. — Irène St..., 16 ans.
Température : 37°5 ; Pouls : 80 à 120.
Crise, vomissement depuis deux jours.
Appendice rétro-cœcal gros, pointe érectile.
Guérison.

Les statistiques relatives à la fréquence de ces formes varient, témoins celles de :

RETTÉ qui, sur 100 appendicites aiguës trouve 11 % de formes apyrétiques, HERZOG qui, sur 189 appendicites aiguës, trouve 26 % de formes apyrétiques et ROSTOWTZA qui, sur 152 appendicites aiguës n'en trouve que 9,5 %.

En ce qui concerne nos observations, la moyenne est très élevée et atteint environ 30 %. Ce sont donc là des formes beaucoup plus fréquentes que ne le laisseraient supposer les différents traités.

Et pourtant, il s'agirait là de formes graves, de véritables toxémies appendiculaires. Cette affirmation soulève, certes, des discussions, car la date du début de la crise constitue un facteur important et ROSTOWTZA va jusqu'à dire que les appendicites sont fébriles le premier jour, alors que deux ou trois jours après, la moitié seulement reste fébrile. C'est là retomber dans l'erreur inverse.

Certes, le doute persiste en ce qui concerne quelques-unes de nos observations et permettrait, dans une certaine mesure, de confirmer les idées de cet auteur russe. Ainsi les observations :

- 1^o (la température n'a été prise qu'à la 48^e heure) ;
- 11^o (à la soixantième heure) ;
- 12^o (à la quarante-huitième heure) ;
- 13^o (quelques jours après) ;
- 14^o (très longtemps après) ;
- 16^o (le cinquième jour) ;
- 18^o (à la quarante-huitième heure) ;
- 20^o (le quatrième jour) ;
- 32^o (le deuxième jour) ;
- 35^o (à la quarante-huitième heure) ;

Mais comment faire intervenir la notion des dates dans les observations :

- 2^o (température prise à la 10^e heure) ;
- 3^o (quelques heures après le début) ;
- 5^o (à la vingt-quatrième heure) ;
- 7^o (à la seizième heure) ;
- 10^o (à la septième heure) ;
- 21^o (à la vingt-quatrième heure) ;

26° (quelques heures après).

Le début de la crise a certainement été apyrétique.

Quelle en est l'explication ou, en d'autres termes, à quoi attribuer la discordance des symptômes cliniques et des lésions anatomo-pathologiques ?

Pourquoi la perforation d'un appendice sphacélé, gangrené dans un péritoine plein de pus est-elle masquée par un tableau clinique de bonne augure ?

Si l'on s'en rapporte, en effet, à nos observations, il est curieux de noter que les phénomènes généraux et physiques sont presque toujours réduits au minimum : quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, parfois des vomissements, à l'examen, une sensibilité souvent légère du flanc avec peu ou pas de défense ; en un mot, le tableau paraît beaucoup moins sombre que ne peut le laisser prévoir la découverte opératoire.

KACZYNSKI a particulièrement étudié ce curieux contraste sur le cobaye, expérimentalement.

DESCOMPS a apporté des éclaircissements à ce problème : « L'hypothermie n'est qu'un symptôme, parmi tant d'autres, de la toxémie et, de même qu'il y a apyrexie dans les intoxications, dans l'appendicite aiguë, il arrive de rencontrer des formes anormales « toxémiques ».

Le mécanisme physio-pathologique de ce syndrome aigu serait d'ordre nerveux sympathique et caractérisé par les multiples réactions de l'ensemble du système nerveux végétatif, dont le centre est au bulbe et dont la régulation est assurée par des sécrétions internes. Ces accidents seraient réductibles soit à

une inhibition d'emblée, soit à une excitation d'abord, puis à une paralysie des centres bulbaires desquels dépend toute la vie végétative, centres qui sont imprégnés par des toxines venues, par voie sanguine, du foyer originel.

Mais cette hypothermie si caractéristique des processus toxiques va de pair avec d'autres symptômes parmi lesquels les réactions cardio-vasculaires occupent une première place au point de vue pronostique et même diagnostique. La valeur du pouls est, en effet, considérable. C'est le témoin certain de la gravité des lésions. « Si la température est basse et le pouls rapide, c'est lui qui donne le pronostic » (JALAGUIER).

Cette dissociation du pouls et de la température fournit donc des indications réellement précieuses dans la grande majorité des cas, puisqu'elle traduit l'étendue du processus toxi-infectieux.

Nous ne trouvons plus ici le pouls plein, bien frappé et régulier des formes habituelles, mais très souvent un pouls petit, hypotendu, faible, filant, accéléré, irrégulier et parfois incomptable.

Les exemples tirés de nos observations sont nombreux :

Observation	3 :	température 37°	pouls 102.
Observation	4 :	température 37°8	pouls 100.
Observation	10 :	température 37°	pouls 110.
Observation	11 :	température 37°7	pouls 120.
Observation	14 :	température 37°8	pouls 160.

Observation 15 : température 37°7 pouls 116.

Observation 19 : température 37°8 pouls 108.

Observation 20 : température 37°8 pouls 110.

Observation 25 : température 37°8 pouls 118.

Mais il y a des cas d'appendicites aiguës où, à une température normale correspond un pouls normal et en rapport avec cette dernière.

En voici quelques exemples :

Observation 6 : température 37°5 pouls 60.

Observation 7 : température 37°5 pouls 70.

Observation 8 : température 37°2 pouls 65.

Observation 31 : température 37°5 pouls 70.

Ces formes sont, en réalité, l'exception et nous ne nous y arrêtons pas.

Élément trompeur, risquant de masquer les lésions souvent très avancées, la température ne constitue donc, dans ces formes, à aucun moment un élément de pronostic exact : se baser sur elle pour ne pas intervenir précocement, c'est courir un danger extrême. L'absence de température n'implique pas bénignité : au contraire, une température à 37° est le témoin certain de la gravité des lésions. L'intervention confirmera toujours cette notion : appendice gangrené ou ulcéré, pus dans le péritoine.

Et là, plus-qu'ailleurs encore, intervient un facteur très important : celui de la précocité de l'intervention. « Une appendicite aiguë opérée dans les 24 heures ne doit pas mourir » (MONDOR)

L'absence de fièvre traduit une incapacité notoire de l'organisme à réagir, contrairement à ce qui se passe dans les formes hyperthermiques qui sont des réactions de défense, ainsi que nous le verrons ultérieurement.

V

FORMES HYPERTHERMIQUES

Enfin, les dernières formes de l'appendicite aiguë sont les cas dans lesquels la réaction fébrile est très intense et atteint ou dépasse 40°.

Nous en avons recueilli six cas :

1° Hôpital BRETONNEAU. — René Da..., 1 an.

Température : 40° ; Pouls : 130.

Diagnostic : Hernie étranglée ou torsion de testicules ou appendicite ?

Appendice tortillé en état de folliculite.

Décédé.

2° Hôpital BICHAT. — Alfred Ra..., 54 ans.

Température : 40°2 ; Pouls : 120.

60^e heure, défense et placard net très bas.

Appendice adhérent gangrené.

Mort.

3° Hôpital BICÊTRE. — Pierre Dr...

Température : 40°2 ; Pouls : 150.

Bon aspect, quelques vomissements, pas de défense, mais douleurs intenses.

Appendice gangrené à la pointe, vaisseaux trombosés.
Guérison.

4^e Hôpital NECKER. — Edmond Du..., 20 ans.

Température : 40°4 ; Pouls : 96.

24^e heure, douleur légère, bon aspect, pas de défense, mais point douloureux iliaque droit.

Pas de pus, appendice latéro-cœcal interne en état de folliculite aiguë sans sphacèle.

Guérison.

5^e Hôpital d'IVRY. — Albert Le..., 15 ans.

Température : 40°1 ; Pouls : 100.

Bon aspect, défense légère, point douloureux net.

Liquide trouble, appendice géant, érectile, pelvien, perforé, gangrené.

Guérison.

6^e Maison de Santé de SAINT-JEAN-DE-DIEU. — Frère X..., 21 ans.

Température : 40°2 ; Pouls : 110.

Crise typique d'appendicite aiguë, contracture iliaque droite franche, douleurs, vomissements.

Appendice gangrené.

Guérison.

Cette variété d'appendicites est donc beaucoup plus rare que les autres : 5 % sur l'ensemble de nos observations.

Nous relevons deux cas de mort, il s'agit : pour l'un — d'un enfant d'un an, et pour l'autre — d'un

homme de 56 ans. Et si la gravité des appendicites aiguës est vraie chez l'adulte après 40 ans, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle l'est aussi chez le tout jeune enfant.

Les quatre autres ont parfaitement guéri.

Mais quelle est donc la cause et la pathogénie de cette hyperthermie ? Les traités de physiologie vont nous l'expliquer.

DELAROCHE en 1806, puis MAGENDI en 1850, CALIBURGES, KUHNE, WEICKHARD, WELTHER, CHOSSAT, CYON, ECKHARD et OBERNIER ouvrirent la marche dans la voie des expérimentations.

Plus tard, vinrent les travaux de CL. BERNARD, de Ch. RICHET, de J. P. LANGLOIS et de J. VINCENT qui étudièrent l'hyperthermie par élévation de la température ambiante.

En 1888, Ch. RICHET s'appliqua à étudier les réactions fébriles en pratiquant des piqûres à divers endroits de l'encéphale et trouva que le corps strié paraissait plus apte que les autres parties de l'encéphale à déterminer l'hyperthermie. Il constata, par ailleurs, que les mammifères sont capables de processus fébriles, mais moins marqués que chez l'homme, ce qui tiendrait à une différence dans l'état du système nerveux, celui de l'homme étant plus sensible et empoisonné plus tôt et l'hyperthermie qui en résulte étant plus rapide et plus accusée que chez l'animal.

ROUSSY, en 1889, réussit le premier à produire la fièvre par injection aux animaux d'un ferment soluble, d'une diastase : la pyrétogénine. BOUCHARD,

la même année, prouva le pouvoir thermogène de sept microbes différents.

Les expériences de SANARELLI, de METCHNIKOFF et de H. ROGER sont très démonstratives à ce point de vue. Ces auteurs sont arrivés à ces conclusions d'une importance capitale :

Les faibles doses de toxine élèvent la température, les fortes l'abaissent.

Chez les animaux qui réagissent à l'infection inoculée, on note une hyperthermie ; au contraire, chez ceux qui succombent, on trouve une hypothermie. Dans le même ordre d'idées, les travaux de GAMALEIA établissent le fait que l'action thermogène des cultures est en raison inverse de leur virulence. Ainsi, il a constaté qu'en injectant à deux lapins, à l'un 5 cc. de toxine provenant d'un microbe exalté, et à l'autre 20 cc. de la culture faite avec le microbe atténué, le premier meurt au bout d'un quart d'heure dans l'hypothermie alors que l'autre survit à 38°4 après avoir accusé 41°. Il lui injecte alors à nouveau 20 cc. de la même toxine et voit la mort survenir sans modification de température.

De ces expériences, il ressort que le premier n'a pas réagi à l'infection, alors que le deuxième a réagi à la première piqure mais, sa résistance étant dès lors épuisée, il n'a pu se défendre contre la deuxième.

Ce fait explique pourquoi la température peut décroître au lieu de s'élever quand, au cours d'une maladie, se déclare une affection intercurrente, l'orga-

nisme étant alors saturé par la première toxine, est impuissant à réagir contre la seconde.

Ceci se confirme toujours dans la clinique et l'on connaît la gravité d'une affection pulmonaire, par exemple, à la suite d'une intervention.

La fièvre signifie donc : réaction de défense.

Mais, dans l'infection, les toxines microbiennes ne sont pas seules à agir. Il s'y ajoute toujours les effets de l'auto-intoxication produite, du fait des troubles nutritifs et nerveux, par la rétention des déchets de l'assimilation imparfaitement combinés, dans ces cas, et normalement excrétés.

BOUCHARD et H. ROGER ont enfin constaté que, chez un animal préalablement inoculé d'un microbe déterminé, l'élévation artificielle de la température — soit par piqûres des centres nerveux, soit par l'étuve — augmente sa résistance à l'infection. Des lapins, auxquels on injecte des pneumocoques et que l'on soumet ensuite à une température chauffée, vivent plus longtemps que les lapins témoins et peuvent même survivre. Inversement, l'infection est favorisée par l'abaissement artificiel de la température en diminuant la résistance de l'organisme.

Les températures élevées seraient donc, dans une certaine mesure, favorables à l'organisme infecté, d'abord parce que nuisibles à la vie de certains microbes et, ensuite, parce qu'elles augmentent la phagocytose, le maximum d'activité des leucocytes étant, pour l'homme, aux environs de 40° (GAMALEIA). En troisième lieu, elles augmenteraient le pouvoir bacté-

ricide du sérum (expériences de KAST, de HENRIJEAN et de ROVIGHI).

De l'expérimentation, il découle qu'un rôle de régulation thermique est dévolu au bulbe et on peut donc d'ores et déjà en déduire que l'hyperthermie est causée par un trouble du fonctionnement du centre thermo-régulateur. Mais à côté de cette fièvre nerveuse, Ch. RICHET a reconnu la fièvre infectieuse dans laquelle tels ou tels microbes pullulant dans le sang et les tissus déterminent une élévation thermique.

A cette action pyrétogène des toxines microbiennes s'ajoute celle des produits de la désassimilation anormalement retenus (auto-intoxication, BOUCHARD).

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer le mécanisme de l'hyperthermie :

- 1^o par augmentation de la thermogénèse ;
- 2^o par diminution de la thermolyse ;
- 3^o par jeu inverse des deux processus ;
- 4^o par jeu concordant, mais inégal.

Toutes ces données, nous permettent de conclure que, quelle que soit la cause envisagée, il y a toujours — soit par action directe, soit par voie réflexe — un phénomène d'origine centrale, bulbaire qui, par trouble de la fonction thermo-régulatrice, détermine une surproduction de chaleur, dont l'apparition coïncide parfois avec le frisson fébrile (et il est de nombreux exemples de formes hyperthermiques d'appendicites s'accompagnant de frisson).

Le mécanisme de cette hyperthermie expliqué, quel

est le pronostic des formes hyperpyrétiques d'appendicites ?

Elles sont certes graves, l'élévation de la température traduisant un dérèglement plus ou moins marqué des centres nerveux, mais elles ne sont pas fatalement mortelles. Le pronostic n'est pas, d'une façon générale, fonction de l'élévation thermique, contrairement à l'affirmation ancienne de Ch. RICHET. Dans ces appendicites, l'hyperthermie traduit, au contraire, la réaction de défense du malade. Le pronostic dépend beaucoup plus d'autres éléments cliniques (âge, cœur, foie, rein et résistance du système nerveux), ainsi, que nous l'avons démontré lors de la discussion des formes habituelles présentées plus haut.

Et ce serait une erreur, que l'expérience infirme, que de présenter les formes apyrétiques comme des formes bénignes et de les opposer aux formes hyperpyrétiques, formes graves.

VI

LA TEMPÉRATURE ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'appendicite aiguë est parfois simple. Il peut aussi être extrêmement difficile, témoin ces quelques statistiques que nous avons relevées :

BERCKMANN, sur 145 malades opérés avec le diagnostic d'appendicite aiguë, a trouvé :

six fois des pneumonies,
deux fois des péritonites à pneumo,
deux fois des lymphadénies mésentériques ;

MORRIS COHEN, sur 354 malades :

3 pyélites,
6 péritonites à pneumo,
1 péritonite à strepto,
1 kyste de l'ovaire tordu,
1 torsion épiploïque.

Ces exemples montrent l'intérêt que présentent les variations de la température au cours des crises aiguës d'appendicites pour essayer d'en montrer la valeur diagnostique.

Nous reprendrons les trois chapitres précédemment envisagés à propos du pronostic.

VII

FORMES PYRÉTIQUES HABITUELLES

Dans ces formes, la température est un élément du syndrome classique. La crise aiguë d'appendicite se présente, en effet, avec un tableau de symptômes très évocateurs et rendant le diagnostic facile : c'est, d'une part, l'interrogatoire qui révèle la douleur brutale, les vomissements fréquents et la constipation habituelle ; par ailleurs, les signes généraux sont constants : température à 38° ou 39° en même temps que le pouls est accéléré et régulier, en rapport avec la fièvre. L'examen, et surtout la palpation montrent deux signes fondamentaux : la douleur provoquée, qui ne manque jamais d'être très vive et localisée dans le flanc droit, et la contracture.

La seule thérapeutique est l'intervention immédiate qui confirmera le diagnostic.

En résumé, on se trouve en présence d'un syndrome abdominal aigu dont la fièvre prouve l'origine infectieuse et, si la localisation des symptômes siège dans

la fosse iliaque droite, on songe immédiatement à incriminer l'appendice.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi et il est des cas où une hésitation prudente est permise.

Le siège de l'appendice notamment, peut être anormal : soit sous-hépatique, soit rétrocœcal, soit pelvien, soit méso-cœliaque. « De l'ombilic au fond du Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout » (MONDOR).

Et alors, précisément, de nombreuses affections abdominales — elles aussi fébriles et s'accompagnant de réaction péritonéale — peuvent simuler l'appendicite aiguë.

Signalons :

les lésions annexielles (exemple : l'observation 52) ;

les infections d'origine biliaire (se rapporter aux observations 51 et 63) ;

les infections pyélorénales (les observations 14 et 29 en sont un témoignage).

La thèse de LAIR illustre bien la complexité du diagnostic : « Cholécystite, appendicite et « tumeurs » du rein (ptose, hydronéphrose et néoplasme) forment un véritable trio pathologique. »

Nous n'insisterons pas sur ces formes.

Par contre, nous retiendrons surtout un diagnostic bien spécial en ce sens qu'il n'est pas coutumier d'y penser en présence d'une fièvre à 38° et plus : les ulcus perforés fébriles qui peuvent simuler, à s'y méprendre, une appendicite aiguë.

GATELLIER, en 1926, présentait, dans les archives

de l'appareil digestif, un travail intéressant au plus haut point sur les ulcères gastriques perforés.

Chez un sujet jeune, la perforation d'un ulcère en péritoine libre présente des signes cliniques trop évidents pour y insister. Cependant, il n'est guère possible de déceler l'intervention d'agents septiques dans le paroxysme ; tout au plus, dans de rares cas, a-t-on pu noter la veille de l'accident un léger malaise avec élévation thermique à 38°.

Mais, lorsque la perforation atteint un ulcère âgé, divers accidents peuvent retracer l'histoire de la septicité, et parmi ceux-ci, les élévations thermiques.

Ces péritonites présentent également un caractère spécial : le maximum des lésions péritonéales ne semble jamais porter, lorsque la perforation s'est produite en péritoine libre, sur l'étage supérieur de l'abdomen ; en d'autres termes, les malaises se présentent avec les signes d'une péritonite inférieure, c'est-à-dire que l'on peut faire le diagnostic de péritonite appendiculaire et régler, d'après ce diagnostic, l'acte opératoire.

Ainsi, GATELLIER cite l'exemple de vingt observations : pour trois d'entre elles, il fut d'abord procédé à une exploration appendiculaire et alors seulement, devant le pus dans le Douglas, on a été amené à explorer la région supérieure et à découvrir la perforation. Non seulement les symptômes cliniques, mais également les lésions anatomo-pathologiques prédominent au niveau de l'hypogastre.

« A l'ulcère mort de Mayo, il convient donc bien

d'opposer les ulcères vivants dont la virulence ne saurait être mise en doute » (GATELLIER).

Il existe également d'autres diagnostics qu'une température comprise entre 38° et 40° peut soulever : ceux de certaines affections thoraciques.

La thèse de FOUILLOY (Paris 1936) nous apporte, à leur sujet, des éclaircissements. « Le mécanisme réflexe, invoqué dans certains tableaux abdominaux qui marquent le début ou l'évolution d'une affection purement thoracique, se justifie par les connexions et anastomoses existant entre les nerfs situés dans l'étage thoracique, le plexus solaire et diverses branches nerveuses destinées à la région abdominale. »

Parmi ces affections thoraciques, une surtout est intéressante à étudier — en dehors des pleurésies de la grande cavité et des pneumothorax spontanés qui n'entraînent qu'exceptionnellement un faux syndrome appendiculaire — les pleurésies diaphragmatiques.

Les cas de ces formes spéciales, dont le début a été marqué par une douleur au niveau de la fosse iliaque droite avec une ascension thermique à 38° ou 39°, sont nombreux. Les signes fonctionnels respiratoires (toux, dyspnée,) peuvent faire défaut. Quels sont alors les signes qui permettent de soupçonner une atteinte diaphragmatique ? L'exagération de la douleur par les mouvements respiratoires ? Le hoquet (signe de grande valeur), la constatation d'immobilité respiratoire de l'hémithorax droit ? Dans maints cas, il est délicat d'y répondre et il n'existe parfois abso-

lument rien qui puisse fournir au praticien des raisons suffisantes pour écarter l'intervention !

L'intérêt du diagnostic dans ces formes d'appendicites aiguës habituelles est donc réel et l'on voit l'importance énorme qui doit être attachée à un examen soigneux et complet avant de prendre une décision.

VIII

FORMES APYRÉTIQUES

L'absence de fièvre soulève encore plus de discussions pour peu que la symptomatologie clinique soit très pauvre. Or, il y a grand danger à douter du diagnostic d'appendicite aiguë et d'évoquer seulement les syndromes où la température est habituellement normale.

Ces affections trompeuses sont nombreuses et nous en envisagerons quelques-unes.

La pauvreté des signes (douleurs abdominales plus ou moins légères, vomissements, absence de réaction locale et, surtout, générale, température normale) sont autant d'éléments en faveur d'un embarras gastrique banal.

La sanction thérapeutique est à peine hésitante ; on temporise dans l'espoir d'une rapide accalmie et, plus tard, lorsque le tableau s'assombrit, l'intervention est posée d'urgence : il est alors souvent trop tard, les lésions ayant évolué avec une rapidité foudroyante.

La colique de plomb, avec sa symptomatologie bruyante, peut de même simuler une crise d'appendicite : même apyrexie, mêmes douleurs abdominales paroxystiques irradiantes, vomissements et, surtout, constipation opiniâtre. Mais certains signes fournis par l'interrogatoire et par un examen approfondi permettront de reconnaître aisément l'origine saturnine de la maladie. Il est évident que la notion du métier du patient intervient au premier plan, ainsi que d'autres symptômes très évocateurs, tels que le liseré de Burton, l'hypertension artérielle fréquente, la découverte d'une paralysie radiale et, surtout, une anémie importante.

L'appendice est-il rétrocœcal ou, souvent même, en position normale, son inflammation apyrétique pourrait en imposer pour une crise de colique néphrétique. On se rapportera au passé qui dévoile, habituellement, des crises analogues dont l'origine rénale a été reconnue, à la douleur plutôt lombaire haute, mais qui peut, dans certains cas, irradier en avant dans la fosse iliaque droite, à la réaction abdominale qui l'accompagne parfois. Néanmoins, l'examen montrera un rein palpable très douloureux, des points douloureux urétéraux et des signes urinaires (hématurie).

Ainsi, dans ces affections d'ordre purement médical, la laparotomie serait-elle inutile et même, dangereuse.

Il n'en est pas de même d'autres syndromes qui

relèvent de la chirurgie et qui posent, dans bien des cas, des problèmes douteux.

Parmi ces maladies, les perforations d'ulcères gastriques, généralement apyrétiques, sont les plus importantes.

Voici quelques statistiques frappantes, celles de : MOHNIN, qui rapporte que, sur 51 cas de perforation d'ulcères gastriques, 19 ont été opérés pour une appendicite aiguë ; de TUFFIER qui signale que, sur 23 cas de perforation d'ulcère gastrique, 15 ont été opérés pour une appendicite aiguë ; de MOYNIHAN, d'après lequel, sur 48 cas de perforation d'ulcère gastrique, 19 ont été opérés pour appendicite aiguë et, enfin, de BRUNET qui indique que sur 55 cas de perforation d'ulcère gastrique, 27 ont été opérés pour appendicite aiguë.

La perforation appendiculaire simule donc parfois bien une perforation d'ulcus. Mais on retrouve, dans le passé, la notion de crises antérieures, de périodes de constipation. La douleur, dans les deux cas, peut siéger dans la fosse iliaque droite ; cependant, en cas de perforation appendiculaire, cette douleur a réellement débuté dans le flanc et y garde son maximum d'intensité. La défense et la contracture sont beaucoup plus accusées dans la fosse iliaque droite. En réalité, le diagnostic est souvent très difficile et même impossible. L'erreur est ici beaucoup moins grave que dans les affections citées plus haut, car on opère toujours ; mais convient-il de faire une incision latérale

dans la fosse iliaque droite ou une médiane sus-ombilicale ?

Enfin, une dernière affection est à mentionner : la pancréatite hémorragique : douleurs atroces, plus médianes que latérales droites, mais pouvant irradier dans le flanc, vomissements constants et abondants ; la température normale et le pouls petit, rapide, hypotendu et instable sont également des signes des perforations appendiculaires. Mais il est un symptôme qui ne se remarque pas dans la pancréatite, alors qu'il prédomine dans la perforation appendiculaire : la contracture ; l'abdomen se laisse facilement déprimer et est souple. « Le caractère d'abdomen mou, sans contracture, parfois légèrement ballonné a une valeur capitale. » On recherche alors les antécédents : ce sont d'un lithiasique ancien. Si l'on y ajoute quelques autres signes, tels que le signe de Halsteadt (taches cyanotiques) et le signe de Mayo-Robinson (point douloureux costovertébral gauche), il est impossible de ne pas penser à une pancréatite hémorragique et ne pas opérer d'urgence.

Les problèmes diagnostiques soulevés par les formes apyrétiques d'appendicites sont donc multiples et délicats et risquent parfois d'amener le chirurgien à la temporisation néfaste au possible devant la rapide progression des lésions appendiculaires dans les formes toxémiques.

IX

FORMES HYPERTHERMIQUES

Cette dernière variété d'appendicites aiguës présente également un intérêt certain au point de vue du diagnostic, car il est normal — en présence d'une fièvre à 40° — d'évoquer un certain nombre d'affections hyperthermiques avant de penser à l'appendicite aiguë.

La typhoïde, et en particulier, une forme clinique : l'appendiculotyphus, est l'une des plus importantes de ces maladies. C'est même une des grandes causes de confusion avec l'appendicite. LEGARD a particulièrement étudié le dilemme : mêmes douleurs iliaques droites, même élévation thermique importante, dans les deux cas diarrhée ou constipation, voire hébété.

Quels seraient alors les symptômes différentiels : « D'une part, la contracture persistante dans l'appendicite et, d'autre part, l'absence d'immobilité respiratoire dans la typhoïde. » Néanmoins, ces symptômes peuvent être à peine ébauchés, aussi faut-il —

en présence d'une fièvre élevée — penser toujours d'abord à la fièvre typhoïde (MONDOR). On recherchera soigneusement la rate, les épistaxis, l'angine de Duguet : on prendra le pouls, toujours dissocié avec la température (mais ne l'est-il pas aussi dans certaines appendicites :

observation 4 : température 40°4 et pouls 96 ;

observation 5 : température 40°1 et pouls 100 ;

observation 6 : température 40°2 et pouls 110.

Pour plus de sûreté, on fera un examen sanguin recherchant la leucopénie et une hémoculture. Cependant, ce sont là des examens assez lents qui risquent, en cas de négativité, de faire perdre des minutes précieuses. Le diagnostic peut donc être fort hésitant.

Une autre affection thoracique à symptomatologie trompeuse parfois mérite une description particulière : la pneumonie.

Il est fréquent, surtout chez l'enfant mais également chez l'adulte, de voir débiter cette maladie par un point de côté situé tellement bas qu'il paraît franchement abdominal. La fièvre monte rapidement à 40° ; des vomissements apparaissent à l'examen, le flanc droit est atrocement douloureux. Sur quoi repose alors le diagnostic différentiel : d'une part, sur le facies du malade qui, vultueux dans la pneumonie, présente au contraire l'aspect « plombé » péritonéal dans la crise appendiculaire (E. SERGENT) ; sur la présence très précoce d'herpès labial dans la pneumonie et, d'autre part, sur l'étude minutieuse de la contraction abdominale qui montre que cette dernière n'est

qu'une simple défense de la paroi et non une contraction vraie, sur la percussion et l'auscultation de la base droite.

Signalons également l'intérêt de certains signes secondaires dans les cas douteux, notamment le signe du psoas qui peut quelquefois être positif dans l'appendicite, mais est toujours négatif lorsqu'il s'agit d'un faux syndrome créé par une affection thoracique (MONDOR).

Un dernier diagnostic enfin peut être soulevé : celui des péritonites pneumococciques. Rares chez l'adulte, elles se rencontrent surtout chez le jeune enfant entre 3 et 10 ans. Elles se présentent souvent avec une symptomatologie pouvant faire croire à une crise d'appendicite aiguë : début brutal avec douleur très vive dans la paroi, ascension thermique à 40°, vomissements, diarrhée abondante. A l'examen dans les premières heures, peu de signes différentiels, si ce n'est une défense plus généralisée, un peu de tympanisme. La matité, témoin certain d'une collection liquidienne, le ballonnement sont tardifs et n'apparaissent que quelques jours après le début de l'affection. L'interrogatoire lui-même ne révèle rien d'important : une péritonite pneumococcique est très rarement secondaire à une autre localisation pneumococcique (pneumonie notamment). Le diagnostic est donc hésitant, l'opération semble s'imposer : ce serait là une intervention néfaste en cas de péritonite pneumococcique, car la poche purulente ne se constitue que tardivement, au bout de 6 à 8 jours, et au con-

traire utile, nécessaire et urgente en cas d'appendicite aiguë. Devant le doute, on attachera, en dernier ressort, une grande valeur à l'examen de la fosse iliaque droite, à la notion de rareté de cette affection et à l'âge du malade.

En conclusion, ces exemples montrent la faible valeur diagnostique de la température dans les formes hyperthermiques ; de même, et ainsi que nous l'avons vu, elle ne constitue — au point de vue pronostic — qu'un élément, sur lequel le chirurgien peut s'appuyer mais qui ne peut intervenir dans la discussion qu'en corrélation avec d'autres éléments (examen physique, fonctionnel, etc.) d'importance égale.

CONCLUSIONS

Il est banal de rappeler que l'étude de la courbe thermique ne saurait être négligée au cours d'une crise d'appendicite aiguë.

De tous les éléments du tableau clinique, la température est le plus troublant et le plus curieux à considérer : « Il y a des perforations gangréneuses à 37° et des crises rapidement guéries avec 40°. »

L'analyse de 113 observations inédites nous a permis d'envisager tour à tour l'étude de la courbe thermique au point de vue du pronostic et au point de vue du diagnostic.

1° Envisagée au point de vue du pronostic, la température risque souvent d'être un élément trompeur car :

a) en ce qui concerne les formes habituelles (température comprise entre 38° et 39°9) il n'est pas possible d'en prévoir l'évolution en se basant surtout sur la fièvre, d'autres éléments — beaucoup plus importants — entrant en ligne de compte : âge du sujet,

état du pouls, état de la séreuse péritonéale, germes en cause ;

b) les formes apyrétiques ou peu pyrétiques peuvent être anatomiquement et bactériologiquement très graves ;

c) les formes hyperthermiques (plus de 40°) sont souvent des formes aisément et simplement curables opératoirement, cette hyperpyrexie pouvant être considérée comme une réaction de défense de l'organisme.

2° Envisagée au point de vue du diagnostic, la température ne saurait tenir qu'une place accessoire dans la symptomatologie clinique.

a) les formes pyrétiques habituelles peuvent être d'un diagnostic délicat avec les ulcères perforés fébriles et certaines affections thoraciques à symptomatologie abdominale ;

b) les formes apyrétiques risquent de faire éliminer le diagnostic d'appendicite aiguë et d'évoquer, à tort, une lésion rassurante, médicalement curable ;

c) enfin, les formes hyperthermiques risquent d'attirer plus volontiers l'attention vers les grandes pyrexies médicales.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la Thèse,*
TIFFENEAU R. GRÉGOIRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCE. — Contribution à l'étude de la bradycardie au cours de l'appendicite (*Thèse de Paris*, 1918).
- BEGOUIN. — Appendicite aiguë : symptomatologie d'apparence bénigne, gravité des lésions (*Journal Médical de Bordeaux*, 1926).
- BONIER (P.). — Contribution à l'étude clinique des appendicites aiguës après la quarantaine (*Thèse de Paris*, 1939).
- CHALIER. — Diagnostic des appendicites aiguës (*Presse Médicale*, 1929).
- CHEMISSE (L.). — Valeur diagnostique de la fièvre dans l'appendicite (*Journal Médical*, 1904, XXIV, pages 35-37).
- DAUDIN et CLAVAUT. — Sur le shock toxique (*Presse Médicale*, 1917).
- DESCOMPS. — Syndrome toxémique aigu (*Paris Médical*, 1921).
- DESGOUTTES. — Symptôme minimum dans l'appendicite aiguë (*Presse Médicale*, 1925).
- DOUCARELLIS. — Contribution à l'étude des appendicites aiguës atypiques : appendicites à syndrome péritonéal nul ou effacé (Paris, 1923).
- DUVAL (R.). — A propos des appendicites aiguës (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 1936).
- FORGUE, MOLINE et VILLA. — A propos des appendicites graves à symptomatologie fruste (*Bul. Soc. sc. Méd. Bio. Montpellier*, 1924).
- FOUILLOY (R.). — Les tableaux abdominaux au cours des affections thoraciques chez l'adulte (*Thèse de Paris*, 1936, n° 20).

- GARNIER. — Considération sur quelques cas d'appendicites aiguës (*Gazette Médicale*, 1927).
- GATELLIER. — Étude clinique des perforations d'ulcères d'estomac (*Soc. de Gas. Ent.*, 1926).
- GENAY. — Du ralentissement du pouls dans l'appendicite (*Thèse de Nancy*, 1925).
- GIORGETTI. — Esiste una febbre appendicolare ? (*Policlinico*, 1932).
- GOSSET. — Difficulté diagnostic dans certaines appendicites du (*J. M. Chi.*, 1930).
- HOMBOURGER. — Les fièvres hyperthermiques (*Thèse de Paris*, 1919).
- KACZYNSKI. — Absence de parallélisme entre l'intensité des symptômes cliniques et des lésions anatomiques dans l'appendicite aiguë (*S. Bio.*, 1926).
- LAIR. — Diagnostic des appendicites aiguës (*Thèse de Paris*, 1926).
- MARTENS. — Ueber Schüttelfrost und Blindarmentzündung (*Kli. Wo.*, 1927).
- MAUNSELL. — Some of the clinical symptoms of appendicitis compared with the lesions found at operation (*Dublin S. M. Sc.*, 1920).
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen (1930).
- OKINCZYC. — L'inversion des signes dans l'appendicite (*Presse Médicale*, 1930).
- Réflexions sur l'appendicite (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, 1937).
- SAINT-JACQUES. — Some clinical aspects of unsuspected hyper-toxic appendicitis (*Can. M. Ass.*, 1924).
- SCHAEFFER. — Quelques réflexions sur l'appendicite aiguë (*Thèse de Strasbourg*, 1931).
- SIMON. — Contribution à l'étude des appendicites aiguës gangréneuses (*Thèse de Paris*, 1934).
- TCHATZKINE. — Le syndrome de début de l'appendicite aiguë (*Thèse de Paris*, 1926).
- WEISS. — Formes cliniques de l'appendicite (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1922).
- WIDAL. — Phénomènes de schock (*Presse Médicale*, 1920).

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 2-6-1939.
